Le manuel d'utilisation de la méthode PRISMA

TABLE DES MATIÈRES

I. Réaliser un arbre des causes

1. Lorsque vous recevez une déclaration d'incident ?
2. Description de la cause « principale »
3. Les causes et la construction de l'arbre
   - *3.1 Premier niveau de causes*
   - *3.2 Deuxième et prochains niveaux de causes*
4. Questions complémentaires
5. Une analyse approfondie
6. L'arbre des causes définitives
   - *6.1 Les règles d'arrêt*
   - *6.2 Les règles de contrôles*
   - *6.3 L'arbre des causes définitif*

7 Conclusions

II. Check-list PRISMA

III. La classification d'Eindhoven

1. Les facteurs techniques
2. Les facteurs organisationnels
3. Les facteurs humains
4. Les autres facteurs

IV. PRISMA : trucs et astuces

I. Réaliser un arbre des causes

PRISMA est l'acronyme de **P**revention and **R**ecovery **I**nformation **S**ystem for **M**onitoring and **A**nalysis. Cette méthode de recherche sur l'erreur humaine a été développée par Tjerk van der Schaaf de l'université technique d'Eindhoven (Pays-Bas). L'arbre des causes est une sous-partie de la méthode PRISMA.

Le but principal de cette méthode est de permettre une compréhension approfondie de la survenue des incidents et une analyse post-hoc dans une base de données. Celle-ci permettra de mettre en place les actions correctrices appropriées.

Le principe de base de la méthode PRISMA est de dépasser le dernier maillon de la chaîne des causes (qui en général est le facteur humain) qui a contribué à la survenue de l'évènement indésirable. Le but est d'analyser les différents facteurs qui ont contribué à ce que la personne commette l'erreur.

Voici la description des différentes étapes de la construction de cet arbre des causes.

1. Lorsque vous recevez une déclaration d'incident ?

La déclaration d'un (presqu') incident arrive à la commission qui gère les évènements indésirables. Cette dernière analyse l'information qui se trouve sur le document afin de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Que s'est-il passé et quelles sont les conséquences pour le patient ?
- Comment cela aurait dû se dérouler ?
- Quelles erreurs se sont produites durant les différentes étapes du processus ?
- Que s'est-il passé lors de la dernière étape ?
- Quels sont les dommages pour le patient ?

2. Description de la cause « principale »

La première étape est une description précise de la cause « principale ». Une réponse aux questions peut aider :

- Que s'est-il passé lors de la dernière étape du processus de soins avant la survenue de l'incident ?
- Qu'est-ce qui aurait dû se passer lors de cette étape ?
- Quelles sont les différences entre ce qui s'est passé et ce qui aurait dû se passer ?
- Quels sont les dommages pour le patient ?

La cause principale, en avec l'évènement indésirable, contient deux sous-parties.

- La première sous-partie décrit ce qui s'est passée lors de cette dernière étape afin de délimiter le processus de soins;
- La deuxième sous-partie décrit les dommages pour le patient. Dans cette deuxième sous-partie, un espace est créé pour permettre différents points de vue et analyser d'autres causes ou évènements qui ont contribué à la survenue de l'incident.

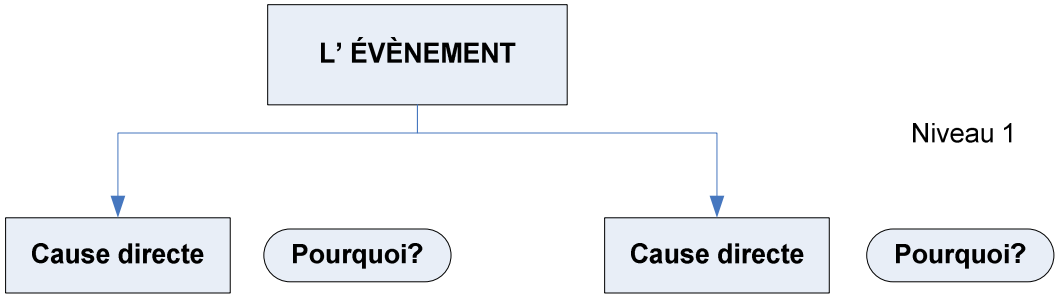
3. Les causes et la construction de l'arbre

La première étape est une bonne description de la cause « principale ». Les réponses aux questions du point 2 peuvent aider :

3.1 Premier niveau de causes

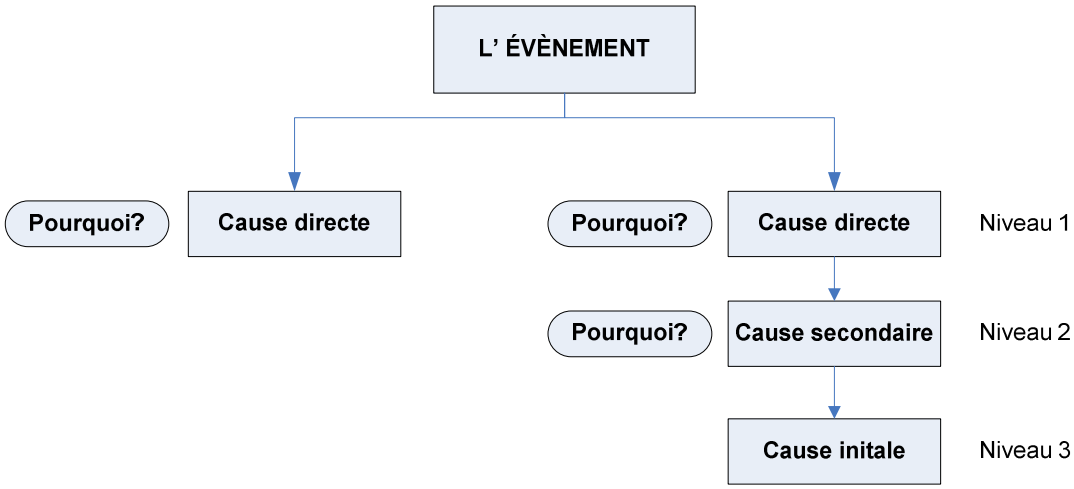
Après la définition de la cause « principale » il est important de décrire les causes directes qui ont contribué à la cause « principale » :

- Il est important d'analyser les causes sous différents angles sans aucun a priori. Il est important de ne pas se limiter à certains aspects mais d'envisager toutes les causes possibles : l'appareillage, les procédures, la formation, les choix du management, le code, les aptitudes individuelles, la communication et l'information etc. Vous pouvez utiliser à cet effet le document : « classification selon Prisma » ;
- Attention : un incident est presque toujours un mélange d'erreurs patentes (actives) et d'erreurs latentes (systémiques) ;
- Il est important d'être curieux et de trouver des réponses aux différentes questions ;
- Quand vous avez trouvé les différentes causes de premier niveau, vous pouvez compléter le premier niveau l'arbre des causes.



3.2. Deuxième et prochains niveaux de causes

Ensuite, chercher les causes sous-jacentes de chaque cause de premier niveau en vous posant la question : « A cause de quoi cela s'est passé ? – pourquoi ? ». Vous vous poserez cette question à chaque niveau de cause et pour chaque cause jusqu'à ce que vous ne trouviez plus de réponse. Il est important de relater des faits et de ne pas compléter l'arbre sur base de suppositions, des interprétations.



4. Questions complémentaires

En pratique, il s'avère souvent que les informations que vous cherchez ne soient pas décrites sur les déclarations d'incident. De plus, il arrive que le déclarant se base sur des interprétations et non sur des faits. Il est donc important d'aller à la recherche des informations manquantes pour une bonne compréhension de la survenue de l'incident. Essayez d'analyser, par exemple, pourquoi une personne n'a pas suivi la procédure, il y a toujours une raison. Il est important de rechercher activement les raisons. Se poser les questions suivantes peut être utile :

- Quelles sont les questions que je me pose pour compléter l'arbre des causes ?
- Ne remplissez jamais vous-même une information manquante ;
- Il s'agit de faits et non de jugements ou de suppositions.

5. Une analyse approfondie

En fonction des questions que vous vous posez encore après l'étape précédente, réalisez une analyse approfondie afin de rechercher les informations manquantes.
Vous pouvez :

- Visiter l'endroit où l'incident a eu lieu
- Examiner le matériel utilisé
- Rechercher les protocoles et procédures pertinents. Evaluer comment le processus aurait dû se dérouler. Comparer ce qui aurait dû être fait et ce qui a été fait. Rechercher ensuite les raisons/causes de non-respect de la procédure.
- Réaliser des interviews avec les personnes-clés, les experts et les personnes concernés.

6. L'arbre définitif des causes

Avec les informations obtenues lors de l'étape 5, vous pouvez compléter l'arbre des causes. Pour le finaliser, il faut y ajouter des règles d'arrêt et de contrôles.

6.1. Les règles d'arrêt :

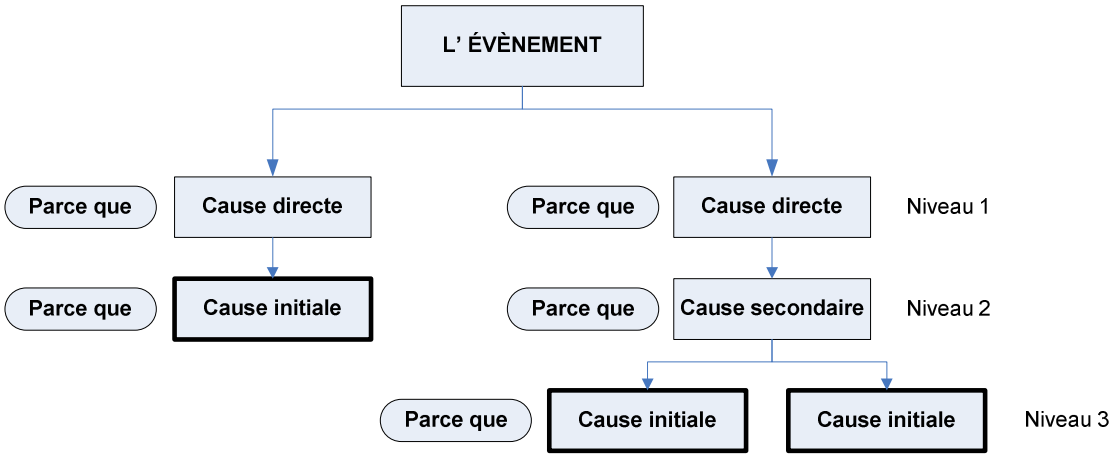
- Il faut arrêter la construction de l'arbre des causes, si vous n'avez plus de faits, mais uniquement des hypothèses et suppositions.
- Il faut arrêter la construction de l'arbre des causes si vous ne trouvez plus que des causes pour lequel le service n'est pas compétent.
-

6.2. Les règles de contrôles :

- Vérifiez l'arbre en lisant de la base vers le haut en se posant chaque fois la question : parce que, parce que, parce que, …
- Si le raisonnement du « parce que » ne peut être suivi, votre relation entre la raison et la cause est inexacte : une erreur fréquente est l'inversion de la raison et la cause. En faisant cette vérification, vous veillez à ce que les causes primitives ou premières se trouvent en dessous de l'arbre.

6.3. L'arbre définitif des causes :

- En appliquant les règles d'arrêt et de contrôles on obtient un arbre définitif des causes. Il est important de garder à l'esprit que le but d'un arbre des causes est de retrouver les causes primitives ou premières, parce que ce sont elles qui permettent d'améliorer le processus.
- Il est important que le niveau de détail puisse varier d'une branche à l'autre comme démontré dans le dessin ci-dessous.
- Suggestion.
- En cas de doute il est primordial d'arrêter la discussion et de trancher.



7. Conclusions

Une fois l'arbre des causes terminé, vous devez mettre en œuvre les étapes suivantes :

- Classer les causes primitives ou premières selon le document ci-joint classification Prisma.
- Formuler des actions d'amélioration qui concernent les causes primitives ou premières, afin d'éviter que de tels incidents ne se reproduisent à l'avenir
- Enregistrer les causes primitives ou premières et les actions d'amélioration dans une base de données afin de réaliser des analyses de tendance par service.
- Discuter avec le responsable du service en charge de la mise en application et du suivi des actions correctrices.

II. Check-list PRISMA

N°	Check-list Prisma	Résultat
1.	La cause principale en lien avec l'évènement indésirable contient deux sous-parties. La première sous-partie décrit ce qui s'est passé; la deuxième décrit les dommages pour le patient	
2.	Il n'existe pas de cause directe entre la cause principale et l'évènement indésirable.	
3.	L'arbre des causes contient plusieurs strates (l'incident a été suffisamment décrit)	
4.	L'arbre des causes contient plusieurs branches (on a évalué d'autres causes que les aspects individuels)	
5.	Les relations causes-effets sont correctes. Est-ce que la règle : « parce que, parce que » a été appliquée à cet incident ?	
6.	Chaque cause est reprise séparément dans une case spécifique	
7.	La description des causes est objective	
8.	La description des causes est suffisamment précise afin qu'il apparaisse clairement de quel personne / appareil il s'agit	
9.	L'arbre doit être descriptif et ne peut donc contenir que des faits	
10.	L'arbre des causes ne contient pas d'hypothèses	
11.	Il n'existe plus de questions / suppositions dans l'arbre des causes	
12.	Les règles d'arrêt ont été appliquées : l'arbre ne contient pas de causes pour lesquelles le service n'est pas compétent	
13.	La partie correctrice ne contient que des actions correctrices et préventives qui permettent d'empêcher l'évènement de se reproduire	
14.	Une sous-classification a été appliquée	
15.	Si des évènements exceptionnels ou inattendus sont survenus, ils sont repris comme des facteurs contextuels dans l'arbre des causes	

III. La classification d'Eindhoven

La classification d'Eindhoven comprend différents facteurs :

- Les facteurs techniques
- Les facteurs organisationnels
- Les facteurs humains
- Les autres facteurs
- Les facteurs techniques

1. Les facteurs techniques

- + - **T-ex**
  - **Externe**
    - L'erreur se situe à un niveau technique en dehors du contrôle ou de la responsabilité de l'unité.

      Exemples : une prothèse défectueuse, un problème de logiciel informatique, ...

- + - **TD**
  - **Conception**
    - Le dommage est la conséquence d'une mauvaise conception de matériaux, d'outils, de logiciels, d'étiquetage ou de configuration.

      Exemples : l'embout des tuyaux d'oxygénothérapie est congruent avec celui de la distribution d'air comprimé, le sol de la salle de bain est en pente sans que cela ne soit visible par le patient, ce qui représente un risque de chute, la balance pour patients en chaise roulante présente une petite pente, de sorte qu'en l'absence de surveillance infirmière la chaise roulante pourrait se renverser.

- + - **TC**
  - **Construction**
    - Une conception correcte qui n'est pas construite ou assemblée correctement.

      Exemple : un appareillage de traction mal fixé au lit de sorte que la traction n'est pas exercée correctement.

- + - **TM**
  - **Matériel**
    - Défauts matériels n'entrant pas dans les catégories TD ou TC. Il s'agit très souvent des conséquences de l'usure matérielle de l'appareil.

      Exemple : un appareil usé défectueux.

2. Les facteurs organisationnels

- + - **O-ex**
  - **Erreurs en dehors du contrôle ou de la responsabilité de l'unité**
    - L'erreur se situe à un niveau organisationnel hors de contrôle ou en dehors des responsabilités du niveau investiguant.

      Exemples : la direction a fait le choix d'un matériel de contention en fonction d'un test dans une unité qui ne dispose pas des mêmes modèles de lits que les autres...., problème de planning de l'équipe d'entretien.

- + - **OK**
  - **Défaut de formation**
    - Les erreurs sont dues à l'insuffisance de mesures visant à s'assurer que des informations relatives aux situations ou aux connaissances spécifiques à un domaine sont transmises à tous les nouveaux concernés et/ou aux employés inexpérimentés.

      Exemples : cela traite de toute connaissance ou information nécessaires dans le département, l'actualisation des connaissances doit être transmise à tous et pas seulement aux nouveaux et aux élèves.

- + - **OP**
  - **Protocoles**
    - Erreurs ayant trait à la qualité ou à la disponibilité des protocoles (en ce compris une trop grande complexité, l'inexactitude, le caractère incomplet, irréaliste, l'absence ou la mauvaise présentation,... de ces protocoles).

      Exemples : il existe plusieurs protocoles pour la même procédure ou alors ils sont difficiles à trouver ou classés différemment, des erreurs dans les protocoles ou des protocoles peu clairs. Il n'y a pas de protocole disponible pour le traitement.

- + - **OM**
  - **Priorités de la direction (Management)**
    - Décisions internes de la direction où la sécurité n'était pas dans les objectifs prioritaires. Il s'agit de conflits entre la production et la sécurité.

      Exemple : il y a moins de personnel disponible suite à des restrictions budgétaires.

- + - **OC**
  - **Culture**
    - Erreurs dues à des idées communément admises ou à des attitudes habituelles qui minimisent, sous-estiment ou nient le risque.

      Exemples : l'idée communément admise que rien ne se fait comme convenu puisque personne n'en voit la nécessité vu que rien ne s'est jamais produit... On croit connaître le protocole (l'avoir en tête) et agir en conséquence, mais on agit différemment parce

qu'entretemps, le protocole a été adapté et/ou que l'on en omet certaines étapes...

3. Les facteurs humains

- + - **H-ex**
  - **Externe**
    - Erreur humaine se situant hors du contrôle ou en dehors des responsabilités du niveau investiguant.

      Exemples : un incident provoqué par un autre service ou une autre discipline en dehors de la sphère d'influence du service concerné. Ou, contrairement à ce qui avait été convenu, le labo n'a pas fait la prise de sang demandée de sorte que le patient ne peut avoir l'examen prescrit...

- + - **HKK**
  - **soutien**
    - Erreurs dues à de nouvelles situations complexes sans avoir d'information disponible ou avec une transmission erronée de l'information.

      Exemples : un technicien de laboratoire expérimenté est incapable de résoudre un problème d'anticorps complexe. Un assistant fait une erreur de diagnostic.
      Tips : il s'agit toujours de situations complexes et nouvelles

- + - **HRQ**
  - **Qualification**
    - Il y a une discordance entre la qualification, l'expérience ou la formation requise d'un individu et l'exécution d'une tâche.

      Exemple : attendre d'une infirmière l'exécution d'une tâche pour laquelle elle n'est pas compétente, comme exécuter seule une défibrillation.

- + - **HRC**
  - **Coordination**
    - Erreur due à un manque d'harmonisation et de coordination entre différents employés lors de l'exécution d'une tâche.

      Exemples: une tâche essentielle n'est pas réalisée parce que tout le monde pensait que quelqu'un d'autre allait le faire, comme vérifier que l'on s'est bien assuré des allergies éventuelles du patient. Un médicament n'a pas été donné parce que l'infirmière ne savait pas qu'il fallait continuer le traitement.

- + - **HRV**
  - **Vérification**
    - Evaluation correcte mais complète de la situation, en ce compris l'état du patient, le matériel nécessaire et les moyens d'urgence requis AVANT de commencer la prise en charge du patient.

Exemples : les poches de sang sont contrôlées dans le bureau au lieu de le faire dans la chambre du patient alors qu'il faut s'assurer du bon patient en lui demandant son nom et sa date de naissance tout en vérifiant le bracelet d'identification du patient concerné. Ne pas exécuter de double contrôle, une erreur échappe à la vérification. Ou une erreur de patient parce qu'on n'a pas vérifié le bracelet d'identification.

- + - **HRI**
  - **Intervention**
    - Erreurs dues à une mauvaise planification ou à une mauvaise mise en œuvre d'une tâche.

      Exemples : appliquer un protocole trop tard ou dans un ordre erroné, de sorte que le patient ne puisse être opéré, administrer des globules rouges selon le protocole de l'administration de plaquettes, ne pas réaliser des tâches comme se désinfecter les mains. Ou la mauvaise exécution de tâches telles que la mauvaise connexion de tuyaux en dialyse.

- + - **HRM**
  - **Monitoring ou surveillance**
    - Erreurs survenant lors du suivi d'une procédure ou d'un patient pendant ou après l'exécution d'une tâche.

      Exemples : ne pas surveiller la vitesse d'écoulement d'une perfusion, ne pas surveiller les effets secondaires d'un traitement. Ou l'absence de surveillance fréquente d'un patient agité.

- + - **HSS**
  - **motricité fine**
    - Erreurs de manipulation liées à la motricité fine.

      Exemples : une prescription illisible qui conduit à l'interprétation erronée de l'ordre médical et l'exécution d'actions inadéquates Erreur de lecture. Ou, par inadvertance, appuyer sur un mauvais bouton.

- + - **HST**
  - **motricité globale**
    - Erreurs de motricité globale.

      Exemples : renverser le bac contenant les prothèses dentaires dans l'armoire du patient, renverser un pied à perfusions, trébucher, tomber,...

4. Les autres facteurs

- + - **PRF**
  - **Facteurs relatifs au patient**
    - Erreurs consécutives à des caractéristiques propres au patient, qui influencent sa prise en charge mais qui sont en dehors des possibilités de contrôle du collaborateur.

      Exemples : en dépit d'explications claires sur la nécessité de rester au lit, le patient choisit de se lever et se blesse. Ou patient confus, problème de langue, patient qui déprogramme sa pompe à perfusion.

- + - **X**
  - **Autres**
    - Erreurs ne pouvant être classées dans une autre catégorie...

      Exemples : panne d'électricité, neige, verglas qui font que le personnel ne peut arriver ce qui compromet la dotation des équipes...

IV. PRISMA : trucs et astuces

Quelques solutions pratiques sont utiles à connaître pour résoudre certaines difficultés courantes lors de l'utilisation de la méthode PRISMA.

1. Comment compléter l'information disponible pour obtenir une analyse cohérente de l'événement indésirable (EI) et pouvoir appliquer intégralement la méthode PRISMA ?
2. Comment choisir les notifications EI qui peuvent/doivent être analysées à l'aide de PRISMA ?
3. La définition de l'événement proximal : comment ne pas se tromper ?

1. Comment compléter l'information disponible pour obtenir une analyse cohérente de l'événement indésirable et pouvoir appliquer intégralement la méthode PRISMA ?

Vous êtes responsable de l'analyse des notifications d'EI. Vous constatez que certaines d'entre elles ne comportent pas assez d'informations pour permettre une analyse cohérente selon PRISMA. Où trouver l'information manquante, rapidement et sans trop d'efforts ?

- Le temps est essentiel. Plus le délai entre l'EI et votre recherche d'informations se prolonge, plus il sera difficile de trouver ce que vous cherchez. La personne qui reçoit les notifications en premier lieu a un rôle important à jouer, p. ex. en garantissant l'accès rapide au dossier du patient. De toute manière, faites une liste des questions qui vous restent et servez-vous en comme fil rouge lors de votre quête d'informations.
- Planifiez systématiquement la durée du traitement des notifications et tenez-vous aux décisions prises.
- Motivez vos collaborateurs à notifier le plus rapidement possible après l'EI. Contactez celui qui a notifié le plus rapidement possible pour recueillir les informations les plus précises possible.
- Rendez-vous sur les lieux où l'EI s'est produit. Rencontrez la personne qui l'a notifié. Félicitez-la pour la notification. Passez l'EI en revue avec elle (sans jugement) et expliquez-lui quelles informations vous manquent encore.
- Identifiez le plus vite possible le ou les appareils qui sont impliqués dans un EI. Le numéro de chaque appareil permet souvent de l'identifier, de suivre son trajet au service de réparation et de communiquer avec celui-ci et/ou le service technique.
- Arrangez-vous pour que le dossier du patient reste disponible dans l'unité de soins (US) p. ex. une semaine de plus que normalement. Plus cette approche est systématique et convenue auprès des US, mieux c'est.
- Rassemblez une copie des protocoles et procédures impliqués dans l'EI. Vérifiez s'il y a eu des variations par rapport à ces processus. L'absence ou l'impossibilité de retrouver un tel document, peut être un élément significatif.
- Adressez-vous également au corps médical. Identifiez une personne de contact du corps médical. Cette personne pourra vous servir de relais vis-à-vis de ses collègues, des assistants et faciliter la mise en œuvre des décisions prises suite à l'EI.

- Déléguez la mise en œuvre des actions d'améliorations. On vous demandera peut-être de les identifier et de les formuler en détail. Cela ne veut pas dire que vous devrez les mettre en œuvre.

2. Comment choisir les notifications d'EI qui peuvent/doivent être analysées à l'aide de PRISMA ?

Les deux éléments principaux de cette décision sont la fréquence et la gravité des EI notifiés. La possibilité d'intervenir pour corriger la situation fait évidemment aussi partie des critères de priorité. La perception de l'EI par les patients et l'acceptabilité plus ou moins grande des solutions potentielles peuvent aussi influencer le choix d'analyser ou non un EI.

- Des EI sans dommages conséquents ne font pas partie des priorités, sauf si leur survenue fréquente indique la possibilité de corriger une situation, surtout si celle-ci peut mener, à terme, à des EI plus graves.
- Il est possible qu'à partir d'un certain seuil de gravité, l'analyse doive se faire à un niveau hiérarchique plus élevé. Il vaut mieux faire le choix de ce niveau à l'avance.
- Les EI qui sont une cause connue de frustrations pour les collaborateurs médicaux ou infirmiers (ou autres) devraient faire partie des priorités.
- Des thèmes spécifiques peuvent être programmés pour des périodes particulières. Pendant ces périodes, certains EI sont analysés plutôt que d'autres.
- Certains EI plus fréquents peuvent aussi être analysés de manière groupée.

3. La définition de l'événement proximal : comment ne pas se tromper ?

L'identification de l'événement proximal est une source fréquente de discussions et d'erreurs. Nous vous proposons quelques questions et quelques exemples pour vous aider à ce sujet.

L'événement proximal est le dernier acte posé avant l'EI et qui y a contribué. Il répond à la question :qu'est-ce qui ne s'est pas passé comme prévu à la dernière étape du processus de soins ? On y ajoute, entre parenthèses, la ou les conséquences pour le patient.

- Il s'agit souvent d'un événement qui a lieu lorsque le patient et le soignant sont en contact direct (oubli d'un tampon dans le champ opératoire ou administration d'un médicament erroné).
- Il peut aussi s'agir d'un événement survenu immédiatement avant le dommage (le patient est passé au-dessus des barreaux de lit).

Servez-vous des questions suivantes pour confirmer qu'il s'agit bien de l'événement proximal :

- Que s'est-il passé qui n'était pas prévu, pendant la dernière étape du processus de soins avant l'EI ?
- Qu'est-ce qui est allé de travers ?
- Qu'aurait-il dû se passer ?
- Quelles ont été les conséquences pour le patient ?

Les pièges les plus fréquents sont :

- Seuls les dommages pour le patient sont cités.
- Une des causes directes est citée.
- Il faut éviter les longues discussions sur la nature exacte de l'événement proximal. En restant pragmatiques, on arrive souvent à élaborer un arbre des causes correct, malgré une précision relative dans le choix de l'événement proximal.

Quelques exemples peuvent clarifier la chose :

N°	Exemple	Evénement proximal
Administration erronée de… (médicaments, alimentation,…)		
1	Allergie	Patient ayant reçu amoxycilline, malgré allergie connue (le patient est décédé).
2	Diététique	Patient ayant reçu une alimentation erronée par la sonde (sans conséquences). Cause directe : l'infirmier s'est trompé de patient, lors du placement de la poche.
Contrôles et examens non effectués		
3	Perfusion de potassium	Patient n'ayant pas reçu de potassium pendant un jour (sans conséquences perçues). Cause directe : le taux de potassium sérique n'a pas été vérifié.
4	Biopsie	Le prélèvement n'a pas été examiné (patient doit se faire prélever un deuxième échantillon). Cause directe : La biopsie n'est pas arrivée au laboratoire d'analyse.
Administration retardée		
5	Insuline	L'administration d'insuline au patient se passe deux heures plus tard que prévu (sans conséquences).
Diagnostiques manqués		
6	Service d'urgences	Le diagnostic a été manqué au service d'urgences (le patient est décédé).
Erreur de latéralité et de site		
7	Prothèse totale de hanche	Presque erreur de côté. Cause directe : inversion de patients dans le programme opératoire
8	Intervention ophtalmologique au laser	Intervention sur l'autre œil (perte de vision de l'œil 'sain'). Cause directe : inversion gauche-droite.
Traitement retardé ou doublé		
9	Réanimation	Réanimation tardive du patient (conséquences inconnues à ce jour).
10	Cardiologie	Double prélèvement de sang chez le même patient (inconfort modéré pour le patient).
Dommages per opératoires		
11	Stérilisation chirurgicale	Perforation intestinale (Abdomen aigu et… réintervention chirurgicale).
12	Intervention chirurgicale	Ciseau oublié dans la cavité abdominale (Abdomen aigu et réintervention chirurgicale).
13	Irradiation UV	Patient irradié pendant 300 au lieu de 30 secondes (brûlures graves). Cause directe : homonymie de deux patients.
14	RMI et pied à perfusion	Pied à perfusion violemment aspiré dans

N°	Exemple	Evénement proximal
		appareil de RMN (patient presque blessé sérieusement). Cause directe : Personne n'a signalé l'entrée d'un objet en fer dans la salle de RMN.
15	Cardiologie Patient avec décompensation cardiaque Prescription de furosémide, retranscrite correctement dans le dossier du patient. Erreur de retranscription à la pharmacie : Lanoxin® à la place de Lasix ®. Double-check par l'assistant médical du service, mais celui-ci ne remarque pas l'erreur. Préparation des médicaments erronés. Lors de l'administration au patient, l'infirmière constate que le Lanoxin n'a pas été prescrit pour ce patient et prévient l'erreur.	Le patient a presque reçu le mauvais médicament (conséquences graves évitées). Cause directe : Les médicaments erronés ont été préparés dans l'US.
16	La patiente s'attend à une hospitalisation classique de quelques jours. Comme elle est hémiplégique et qu'elle prend un anticoagulant oral, lors de son admission précédente, on lui avait expliqué qu'une hospitalisation de jour ne serait pas indiquée. La patiente n'a donc pas pris les mesures adéquates pour un retour précoce à domicile.	La patiente est admise en hospitalisation de jour alors qu'elle s'attendait à une hospitalisation classique (pas d'accueil à domicile prévu).
17	Patient programmé pour une intervention cardiaque. Opération retardée, car la lettre du cardiologue, qui est en vacances, n'a pas été dictée et envoyée au service de chirurgie.	Opération retardée de 3 jours (risque important d'infarctus). Cause directe : Impossibilité de réaliser l'intervention programmée.
18	Patiente admise avec demande d'examens. Les procédures sont notées dans le service, mais la préparation de la patiente n'est pas réalisée.	Examen programmé non réalisé ou réalisé avec délai de x jours (prolongation de l'hospitalisation).
19	Patient admis dans US inhabituelle pour son type de problème, doit se rendre en radiologie pour un examen. Les infirmiers de l'US ne connaissent pas la procédure et le patient arrive habillé en radiologie alors qu'il aurait dû avoir un tablier chirurgical. Il est donc renvoyé à l'US et ne peut se présenter qu'une heure plus tard.	Examen radiologique retardé d'une heure (le patient ne sait pas si ceci aura des conséquences pour son traitement).